

GEINFORMEERDE TOESTEMMING
voor het elektronisch delen
van mijn gezondheidsgegevens

Ik ga akkoord met de elektronische uitwisseling van gegevens betreffende mijn gezondheid tussen zorgverleners in het kader van de continuïteit van mijn zorgen.
Om deze elektronische uitwisseling mogelijk te maken ga ik er eveneens mee akkoord dat er in een verwijzingsregister wordt opgenomen op welke plaatsen informatie over mijn gezondheid beschikbaar is, bijvoorbeeld in ziekenhuizen.

Ik heb kennis genomen van het feit dat deze elektronische uitwisseling op een beveiligde manier gebeurt met respect voor de confidentialiteit en mijn rechten als patiënt en dat mij volgende garanties worden geboden:

- de elektronische uitwisseling kan slechts gebeuren na goedkeuring van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid;
- enkel zorgverleners met wie ik daadwerkelijk een zorgrelatie heb, kunnen toegang krijgen tot mijn gezondheidsgegevens;
- een zorgverlener heeft slechts toegang tot de gezondheidsgegevens die voor hem relevant zijn in het kader van de continuïteit van mijn zorgen (overeenkomstig de machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid);
- ik heb de mogelijkheid aan mijn zorgverlener te vragen om bepaalde gezondheidsgegevens niet uit te wisselen;
- ik heb de mogelijkheid om specifieke zorgverleners bij naam uit te sluiten om elektronisch toegang te hebben tot mijn gezondheidsgegevens;
- er kan worden gecontroleerd welke zorgverlener toegang heeft gehad tot mijn gezondheidsgegevens;
- ik kan mijn toestemming op ieder ogenblik terug intrekken.

Ik heb tot slot kennis genomen van het feit dat ik via de website van het eHealth-platform of via mijn huisarts, apotheker, ziekenfonds of ziekenhuis bijkomende informatie zowel over deze garanties als over de elektronische uitwisselingen in kwestie kan bekomen.

Pittem,(datum)

Naam van de patient :

Handtekening van de patiënt

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger
(in voorkomend geval)

.....

.....